

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

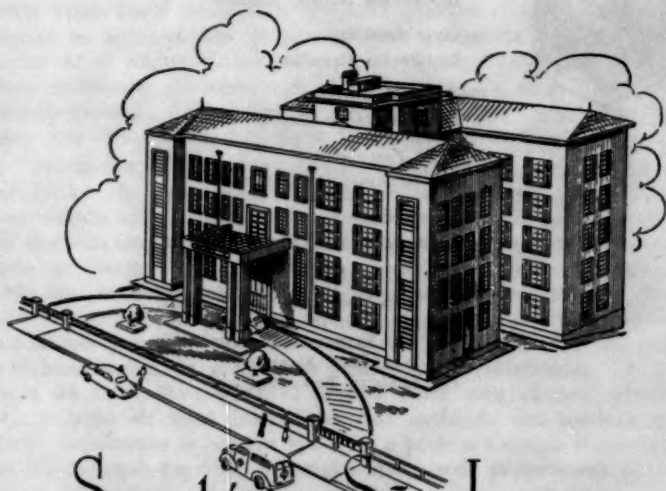
VOL. XVIII

SETEMBRO DE 1956

N.º 3

Sumário:

	Pág.
<i>O Colégio Internacional de Cirurgiões — Dr.</i>	
EURICO BRANCO RIBEIRO	35
<i>Cistes, sinus e fistulas branquiais — Ddo. THEL-</i>	
BAS JOSÉ DE VASCONCELOS ROLIM	40
<i>Literatura Médica :</i>	
Separatas e folhetos recebidos	46
Apreciações	47



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1956/1957



Presidente

DR. JACYR QUADROS

Vice-Presidente

DR. LUIS BRANCO RIBEIRO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. PAULO REBOCHO

Primeiro Tesoureiro

DR. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro

DR. NELSON CAMPANILLE

Bibliotecário

DR. CARLOS ALBERTO JURGIELEWIEZ

Conselho Consultivo

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. PAULO GIOVANNI BRESSAN

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVIII

SETEMBRO DE 1956

N.º 3

O Colégio Internacional de Cirurgiões(*)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Presidente da Seção Brasileira; diretor do Sanatório São Lucas)

A história do Colégio Internacional de Cirurgiões pode ser dividida em três etapas, abrangendo cada uma, por coincidência, o período de uma década.

A primeira etapa vai de 1925 a 1935 e é denominada "período de concepção". Durante esses dez anos, o prof. Max Thorek acalentou a idéia da fundação do Colégio, fazendo sondagens junto a personalidades de destaque na Cirurgia da época, entre as quais se pode citar Lord Moynihan e Charles Mayo. Ao entusiasmo de alguns se antepunham as ponderações de outros sobre as dificuldades de se organizar no campo internacional uma associação que fosse realmente eficiente. A idéia foi lançada através de intensa correspondência e de reiterado contacto pessoal. A semente germinou: em 1935 nasceu o Colégio Internacional de Cirurgiões.

Iniciou-se então o "período de estabelecimento", que se estendeu até 1945. A liberalidade das leis suíças fez com que o Colégio fosse criado em Genebra e ali registrado. A participação do evento foi recebida com entusiasmo em toda parte, mas, em muitos lugares, tudo se resumiu em palavras de entusiasmo inicial e foi necessário uma insistência reiterada para que em alguns países se implantassem as raízes do Colégio. Por isso, o período de estabelecimento se alongou por dez anos, entre as dificuldades inerentes da guerra, as desconfianças, os ciúmes, as lutas entre profissionais. A pertinácia do Prof. Max Thorek, que se batia com elevado idealismo pela criação de uma instituição útil moldada em normas inatáveis, finalmente se tornou vitoriosa e pôde o Colégio incorporar-se em Washington em 1940 e instalar-se em sede própria em Chicago.

(*) Discurso proferido na instalação da Regional de Poços de Caldas do Colégio Internacional de Cirurgiões.

Veio então o terceiro período, que se denomina de "período de solidificação", etapa caracterizada pela consolidação dos núcleos lançados em vários países. Com o aumento do número de membros, constituíram-se Secções Nacionais e começaram a ter maior vulto as realizações do Colégio. Os seus congressos regionais em vários países e os seus congressos internacionais, que tinham inicialmente o modesto título de assembléias, passaram a atrair as atenções e firmaram tradição, sendo reconhecidas e apoiadas pelos governos dos países onde se realizaram. Foi nesse período que o Colégio se instalou no Brasil, após o fracasso de duas investidas feitas junto a elementos de destaque da capital do país. São Paulo ficou sendo a sede da Secção Brasileira. Ali se constituiu um núcleo inicial de 34 cirurgiões e o seu toque de reunir foi ouvido em todo o Brasil, com entusiasmo e solicitude. Em seis anos, eis que estão funcionando 29 Regionais com mais de 1.200 membros, tornando-se o Brasil o segundo país em importância dentro da organização. E' por isso que vamos ter agora um cirurgião brasileiro na presidência do Colégio Internacional de Cirurgiões.

A consolidação da instituição foi festejada, em maio de 1955, com um grande congresso internacional realizado em Genebra, comemorativo de seu 20.^o aniversário.

Iniciou-se, então, a quarta etapa, o quarto período, que também poderá ser de uma década e que podemos chamar de "período de expansão". As Secções Nacionais existentes já se ajuntaram — na Tailândia, Filipinas, Hong-Kong, Grécia, Bélgica e 1. Outras em breve serão formadas, pois o Colégio já conta com membros residentes em mais de 60 países. E em breve podemos ver duplicado o número total de membros, que hoje se aproxima de 12 000 (doze mil).

Vejamos agora que finalidades tem o Colégio Internacional de Cirurgiões.

Como finalidades principais, podemos citar o aperfeiçoamento técnico individual de todo aquêle que se dedica à Cirurgia, isto é: aperfeiçoamento de sua capacidade profissional. E esse aperfeiçoamento não atinge apenas aquêles que se inscreveram no Colégio, mas é um aperfeiçoamento que o Colégio quer que chegue a todos os que praticam a Cirurgia. Por isso, promove, com empenho e intensidade, a difusão de conhecimentos, dos progressos e da boa prática da Cirurgia. Por outro lado, esforça-se com grande diligência para o conagraamento da classe, fazendo com que os cirurgiões do Mundo vivam em uma perfeita fraternidade. Para isso promove reuniões de intercâmbio cultural, não só dentro de um mesmo país, procurando aproximar elementos dos seus vários centros cirúrgicos, como também, e principalmente, num ambiente internacional, fazendo com que os cirurgões de toda parte se conheçam através dos seus trabalhos e através de um contacto direto. Reunindo os cirurgiões, lança entre eles as sementes da amizade.

E', assim, uma instituição para o progresso da arte e da ciência da Cirurgia e para o desenvolvimento do companheirismo entre os cirurgiões de tôdas as nações, sem distinção de côr, de raça, de nacionalidade, de religião ou de credo político. Realiza, pois, aquêlê pensamento de Pasteur de que "A ciência não tem pátria, porque o saber é patrimônio da humanidade, é a tocha que ilumina o Mundo".

Sob êsses auspícios nasceu e vem se desenvolvendo o Colégio Internacional de Cirurgiões. Entre as suas atividades, podemos contar a realização de congressos. Promove congressos nacionais. A Secção Brasileira, por exemplo, realiza, estatutariamente, um Congresso Nacional cada dois anos. O primeiro dêles realizou-se em São Paulo, em 1951; o segundo, na cidade de Curitiba, em 1953; o terceiro, em Belo Horizonte, em 1955, e o quarto está programado para a cidade de Salvador, na Bahia, no ano de 1957. A França, a Itália, a Áustria realizam seus congressos anualmente. Além dos Congressos Nacionais, podemos apontar ainda congressos regionais, que estão se realizando normalmente na Europa e que também abrangem anualmente, os Estados Unidos e Canadá, em conjunto, talvez porque no Canadá e Estados Unidos o ambiente médico confunde-se numa só nacionalidade. Em Curitiba, em 1953, ao mesmo tempo que se realizou o Congresso Nacional, realizou-se também o I Congresso Panamericano, reunindo representantes de vários países fbero-americanos e dos Estados Unidos de maneira que naquela cidade paranaense tivemos a oportunidade de encontrar quarenta e dois representantes de países amigos ao lado de quase quinhentos cirurgiões brasileiros. Foi êsse um notável congresso realizado pelo Colégio Internacional de Cirurgiões. Na Europa, normalmente, dois ou três países realizam congressos em conjunto; ainda em 1955, a Itália, a Áustria, a França e a Suíça realizaram os seus congressos de uma só vez, em Turim.

A principal reunião do Colégio, entretanto, é o seu Congresso Internacional, que se realiza cada dois anos, congregando cirurgiões de todo o Mundo, pois nessa oportunidade também se reúne a Casa dos Delegados, que é órgão legislativo da Instituição, composta de cêrca de 140 cirurgiões de muitos países diferentes. Congressos Internacionais já se realizaram no México, em Roma, em Buenos Aires, em Madrid, em São Paulo e nos Estados Unidos.

Além dos Congressos, o Colégio promove cursos de aperfeiçoamento. Êsses cursos não só se realizam num campo internacional, (na Europa êles têm se realizado na França, na Alemanha e na Espanha; nos Estados Unidos são freqüentes) como ainda em ambiente nacional, como vem fazendo com empenho a Secção Brasileira. Ela vem insistindo junto a tôdas as suas Regionais para que organizem cursos de aperfeiçoamento.

A mais dêsses cursos, o Colégio está promovendo o intercâmbio de bôlças de estudos. A Secção Brasileira tem tido, em três anos seguidos, com a Secção Argentina, um intercâmbio de médicos;

três médicos brasileiros são destacados para fazer um estágio em hospitais argentinos e três médicos argentinos têm vindo para o Brasil. E' essa uma das oportunidades melhores que o Colégio oferece, não só para elementos que vivem afastados de grandes centros e não poderiam, por si sós, fazer seu aperfeiçoamento em outros centros cirúrgicos do estrangeiro, como também é uma oportunidade para trazermos para o Brasil pessoas de centros cirúrgicos estrangeiros, não só para auferirem os conhecimentos decorrentes dos nossos progressos, como também para estabelecermos maior amizade com esses elementos e recebermos através deles os reflexos de progressos registados em outros países.

E' empenho, também, do Colégio, estabelecer para seus membros estágios mais prolongados em hospitais ou em serviços cirúrgicos em várias universidades. A Secção Brasileira está organizando estágios para médicos recémformados em hospitais de vários centros cirúrgicos do país. Em São Paulo, a Casa Maternal põe à disposição do Colégio dois lugares, por um ano, para qualquer médico que queira estagiar em serviço de Obstetrícia; o prof. Godoy Moreira, recebe no seu serviço oficial de Ortopedia, com tempo mínimo de três meses, um estagiário de qualquer parte do Brasil, indicado pelo Colégio. Nos Estados Unidos, vários médicos brasileiros já têm estagiado por iniciativa do Colégio Internacional de Cirurgias.

Além desses benefícios que o Colégio pode proporcionar, qualquer Regional, qualquer Secção Nacional pode promover reuniões científicas para ouvir conferências, para discutir temas, para estabelecer simpósios sobre um determinado assunto.

Além do mais, edita o Colégio Internacional de Cirurgias uma revista que é publicada na cidade de Chicago. E' o *The Journal of the International College of Surgeons*. Sai mensalmente e traz trabalhos dos mais afamados cirurgiões de todo o Mundo. Publica não só artigos em língua inglesa, como em francês, em espanhol e em português e em todos os artigos aparece um resumo em várias línguas, de maneira que qualquer cirurgião que não conheça a língua em que é publicado o trabalho poderá tomar conhecimento das suas conclusões através do resumo que a revista publica.

Mas obra ainda mais notável está realizando o Colégio Internacional de Cirurgias: é a organização do que se chama "Hall da Fama", uma verdadeira concentração de memórias do passado da Cirurgia, onde os cirurgiões de cada nação que se tornaram famosos estão representados, não só nas suas biografias como em bustos. Para representar o Brasil, durante o congresso realizado em Curitiba foi designado Arnaldo Vieira de Carvalho. Ficou ele como representante da cirurgia brasileira no "Hall da Fama". Entretanto, tal foi o sucesso obtido com essa instituição que resolveu o Colégio ampliá-la para fazer ao seu lado um verdadeiro Museu de Cirurgia, onde estão sendo coletados documentos pertencentes aos mais afa-

mados cirurgiões de todos os países. Reservou-se para o Brasil uma sala onde está o busto de Arnaldo, onde já temos algumas relíquias dos nossos cirurgiões, como a mesa em que trabalhava Hugo Werneck e para onde já se mandou aquele primeiro aparelho de raio X que chegou ao Brasil e que pertenceu a Ferreira Pires, de Formiga, Minas Gerais. Essas homenagens são prestadas somente a individualidades do passado. Em Belo Horizonte, durante o III Congresso da Secção Brasileira, foi solicitado aos presidentes de tôdas as Regionais que fizessem um estudo de cada região do País, para verificar quais são as suas personalidades do passado de maior destaque e merecedoras de figurar na sala do Brasil do "Hall da Fama".

Fazendo esta exposição, queremos dar apenas uma pálida idéia do que é a nossa instituição e do que ela é capaz de fazer em benefício do progresso da Cirurgia e da aproximação de todos aqueles que trabalham em Cirurgia.

Cistes, sinus e fistulas branquiais

Ddo. THELBAS JOSÉ DE VASCONCELOS ROLIM

(Interno do Sanatório São Lucas)

De início, quero explicar que antes de fazer a apresentação do caso, propriamente dito, farei um confronto do que é encontrado habitualmente na literatura e o que nós encontramos em nossos 13 casos de cistes branquiais, material esse colhido no decorrer de 17 anos de funcionamento deste Sanatório.

ETIOLOGIA

Como sabemos as fendas branquiais, que são várias, normalmente devem fechar-se com o desenvolvimento do embrião.

Acontece que uma delas e a mais freqüente é a terceira fenda pode permanecer aberta, dando origem à afecções congênicas que podem ser: *ciste branquial*, *sinus* ou *fistulas branquiais*.

1) A permanência total da fenda branquial, com o orifício interno e externo (o que acontece geralmente com a segunda fenda branquial) dá origem a uma *fístula branquial*. O orifício interno se localizará, no caso, próximo à amígdala palatina e o externo no pescoço, ao nível do bordo anterior do esterno cleido-mastoideo e à altura do ângulo máxilar.

2) Se um dos orifícios fechar-se e o outro permanecer aberto (geralmente o externo), forma-se um *sinus branquial*, com saída em geral, para o exterior da secreção formada na cavidade.

O caso contido no prontuário n.º 38.914, do Sanatório São Lucas, mostra um exemplo dessa cavidade.

3) Quando ambos os orifícios estão fechados (o que se dá com maior freqüência na terceira fenda branquial), forma-se uma cavidade fechada, no seio das partes moles. É a *ciste branquial*.

O caso do Prontuário 44.422 constituiu uma exceção, pois, a ciste derivou da 2.^a fenda branquial.

A ciste branquial pode ser: *superficial* (11 casos do Sanatório São Lucas) ou *profunda* (2 casos do Sanatório São Lucas; um deles estava como que sulcado ao meio pelo externo cleido-mastoideo).

Quasi sempre é *unilateral*, mas existem casos em que aparece nos dois lados (Dos 13 casos do Sanatório São Lucas não há nenhum *bilateral*).

Anderson refere-se à uma tendência hereditária para esta afecção. Em nossos casos não houve referência a este respeito.

Embora *congenito*, passa freqüentemente desapercibido e raramente aparece antes da puberdade, porque o líquido contido na ciste se acumula muito lentamente.

Dos 13 casos do Sanatório São Lucas, a ciste foi percebida :

- a) *antes da puberdade* : em 3 casos (primeiro ano de vida; aos 2 e aos 4 anos de idade);
- b) *entre 14 e 30 anos* : 7 casos;
- c) 2 casos com 39 anos e 1 caso com 50 1/2 anos de idade.

O líquido que enche a ciste é que dá *consistência* mole ao tumor, quando palpado externamente. É tanto mais mole quanto maior fôr o *volume*, que pode chegar até ao tamanho de uma laranja.

Dos 13 casos do Sanatório São Lucas :

6 casos : eram moles, davam a impressão de flutuação e o seu volume variava entre 2 a 12 cm. de diâmetro, mais ou menos.

5 casos : eram duros, davam a impressão de ganglios linfáticos ou eram bem tensos. O volume nestes casos variou entre 5 e 12 cms. de diâmetro, mais ou menos.

1 caso : assemelhava-se a um "furúnculo" (sic) que drenava um pouco de material purulento, não se palpando a ciste.

1 caso : foi operado com diagnóstico de fistula branquial e no ato cirúrgico encontrou-se uma ciste branquial ou melhor um sinus branquial.

Geralmente as cistes branquiais são *indolores* à palpação.

De nossos 13 casos, 3 eram dolorosos, sendo 10 indolores.

Desde que a ciste comece a ser notada cresce rapidamente e passa então a produzir os *sintomas de compressão local*.

De fato, o caso incluso no prontuário 44.422, depois que foi percebido teve um crescimento rápido, atingindo as proporções de um ovo de galinha em 15 dias.

Sobre os sintomas de compressão local, o caso contido no prontuário 31.791 (*rouquidão*, com o crescimento do tumor) e o caso do prontuário 38.086 (o crescimento da ciste deslocou a traquéia levando à *dispnéia*), servem como exemplo.

Dos 13 casos : 6: foram de crescimento rápido. 6: crescimento lento e progressivo. (1 caso evoluiu durante 14 anos, simulando nódulo tiroideo) 1 caso : era uma fistula mais ciste, porém, só no ato cirúrgico foi notado este último.

Localização : em geral é ao nível do bordo anterior do externo cleido-mastoideo, próximo ao maxilar. Quasi sempre é *circunscrito*.

Dos 13 casos do Sanatório São Lucas, a localização foi a seguinte:

a) bordo anterior do externo cleido-mastoideo (porção média: 3 casos	
b) ângulo posterior da mandíbula	2 "
c) submaxilar	2 "
b) submentoniano	2 "
e) infraauricular, propagando-se à face lateral do pescoço..	1 "
f) supraclavicular	1 "
g) simulando lobo esquerdo da tireoide	1 "
h) não percebido clinicamente	1 "
i) ciste como que sulcada ao meio pelo externo cleido-mastoideo	1 "

Quanto ao *contorno*, apenas 1 caso tinha contornos imprecisos. Os demais eram todos bem circunscritos.

De acôrdo com a localização da ciste, iremos ter os sintomas decorrentes da compressão dos órgãos do pescoço : assim, dór intermitentes ou contínua de tipo nevralgico, irradiando-se do pescoço para a face, têmporas, fronte e especialmente ao occipital. Por compressão do recorrente e do hipoglosso, teremos disфонia e hemiparesia lingual. Pela compressão do faringe e laringe, teremos disfagia ou dispnéia, respectivamente.

Vejam-se prontuário 31.791 onde temos rouquidão, como um dos sintomas : no prontuário 38.086, dispnéia : no prontuário 2.359, cefaléia : no prontuário 38.914 crise dolorosa.

Nos demais casos não havia dór ou outro sintoma espontâneo.

Quando a ciste comprime o simpático cervical, poderemos ter o síndrome de Claud-Bernard-Horner, bem como acessos de tipo anginosos. Comprimindo o vago haverá bradicardia.

Nenhum desses sintomas apareceu nos nossos 13 casos.

Algumas vezes, pode suceder que de tempos em tempos, o conteúdo mucoso ou seroso da ciste seja evacuado através de uma pequena fístula. Neste caso, a possibilidade de infecção na cavidade cística é muito maior. Teremos então, o sintoma clínico de um abscesso subcutâneo, com febre e dór à pressão. Ao mesmo tempo o tumor perde a mobilidade e adere intimamente à pele. Esta fica avermelhada e através da pequena fístula flue um líquido purulento.

Um exemplo desta possibilidade é o caso do prontuário 35.709 no qual o paciente diz que tinha um "furúnculo" (sic) no pescoço, por onde saía um pouco de pús.

OUTRAS CONCLUSÕES

Baseando-se nos 13 casos de cistes branquiais do Sanatório São Lucas, chegamos às seguintes conclusões : a) *quanto ao sexo*: 9 eram

do sexo feminino e 4 do masculino. b) *infecção*: em 10 casos as cistes não se apresentavam infectadas: os outros 3 já chegaram complicados com infecção. c) *mobilidade*: movel em 6 casos: aderente em 4 casos: pequena mobilidade em 1 caso; movel apenas com a deglutição 1 caso: não se palpava a ciste 1 caso.

Diagnóstico diferencial. — Deve ser feito com diversas afecções cervicais ou de suas proximidades, tais sejam:

- a) linfadenite crônica, tuberculosa principalmente.
- b) gôma sífilítica do externo cleido-mastoideo.
- c) actinomicose do pescoço.
- d) metastases ganglionares de vários tumores.
- e) com tumores primitivos do pescoço (linfomas, fibromas, lipomas, tumor do corpo carotidiano, da tireoide, tumor mixto da parotida, com o adenolinfoma, que se origina de restos branquiais e também o diagnóstico diferencial com o próprio branquioma, que se origina dos tecidos que compõe o cisto branquial.

Diagnóstico clínico. — Poderá ser feito fazendo-se a *punção*, que em alguns casos esclarece o diagnóstico pelo exame histopatológico do material recolhido.

Conteúdo do cisto branquial. — Durante ou depois do ato cirúrgico, abrindo-se a ciste poderá sair um líquido viscoso, mucoide, contendo, às vezes, cristais de colesterol, podendo ter aspecto caseoso ou grumoso e até formar pérolas com aspecto de tapióca.

Quando infectado, (ocorrência mais freqüente nos sinus e na fistula branquial) sairá um líquido purulento.

No ato cirúrgico poderemos encontrar um pedículo que liga a ciste à faringe e que precisa ser levado em conta para a remoção da mesma.

Dos 13 casos operados no Sanatório São Lucas:

Aberta a ciste, em alguns havia líquido viscoso, mucoide, outros continham um líquido xaroposo cor de café com leite ou então líquido seropurulento e até pús esverdeado (nas cistes infectadas). Em 1 caso havia uma massa amorfa como coalhos de leite e mais outras formações com um aspecto gelatinoso amarelo.

Prognóstico. — É benigno, porém devemos ter uma certa reserva, pois, além das *infecções secundárias*, mais comuns quando há algum orifício externo ou interno, pode haver a *transformação* de uma das partes que compõe a ciste (de origem endodérmica, epidérmica ou mesodérmica) em BRANQUIOMA, o qual pode seguir uma evolução maligna ou benigna, segundo a porção da ciste que lhe deu origem. Assim, poderemos ver uma ciste branquial evoluir no sentido de um tumor epitelial benigno ou maligno, numa ciste dermoide, num

fibroma ou lipoma ou num sarcoma. E' muito raro observar-se esta evolução.

Dos 13 casos de cistes branquiais do Sanatório São Lucas, parece que nenhum teve evolução maligna.

APRESENTAÇÃO DO CASO CONTIDO NO PRONTUÁRIO 44.422

OBSERVAÇÃO CLÍNICA :

A.L.M.N., brasileira, branca, de sexo feminino, solteira, de prendas domésticas, de 14 anos, residente em São Paulo, compareceu pela primeira vez à consulta neste hospital em 17 de fevereiro de 1956.

Nesta época, referia a seguinte história: Há um mês notou pequena tumoração retroauricular, e, que aumentou gradativamente de volume, porém, só nos ultimos 15 dias e principalmente nas últimas 24 horas, o crescimento foi intenso.

A tumoração expandiu-se, descendo para a face lateral do pescoço.

Colocou antiflogestina e tomou antibióticos, sem melhoras aparentes.

Exame físico: Ligeira flutuação do tumor que alcança o tamanho de um ovo de galinha, mais ou menos. Há sinais de processo inflamatório local (dôr, calor e rubôr).

Aparelho Respiratório: Nada digno de nota.

Hematológico: *Série Vermelha:* 4.000.000/mm³. Hemácias normocrômicas e normocíticas. *Série Branca:* 8.800/mm³. Hemoglobina: 11,3 gr. (70%). Valor Globular: 0,8.

Pré-Operatório em 17-2-56. — *Sangue:* Tempo de coagulação: 12'. Glóbulos brancos: 16.000. T. hemoglobina: 91 %. Tempo de sangria 3' 15". Glóbulos vermelhos: 5.180.000. Valor globular: 0,8. *Urina:* Reação ácida. Albumina: traços leves. Glicose: Acetona, Acido diacético; Pigmentos; Acidos e sais biliares: negativos. Sedimento: Células, alguns leucocitos degenerados por campo. Algumas hemácias, muco e raros cilindros hialinos.

Intervenção em 18-2-56: *Cirurgião:* Dr. Eurico Branco Ribeiro. *Assistente:* Dr. Euclides Tiossi. *Anestesia:* Local, com Surocaina, feita pelo cirurgião.

Descrição da operação: Incisão no bordo anterior do esterno-cleido-mastoideo E. Separação das fibras musculares com os dedos. Saliência mais ou menos volumosa debaixo do músculo, cuja capsula foi desfeita com pinça de Kocker. Saída de líquido sero-purulento, de mau cheiro. Foi enviada amostra para exame bacteriológico, em tubo de ensaio. Biópsia da cápsula do tumor. Dreno de borracha na cavidade. Sêda na pele.

Operação realizada: Abertura e drenagem da ciste branquial E.

Diagnóstico definitivo: Ciste branquial.

Resultado do Exame Bacteriológico em 18-2-56: Ciste branquial supurado. *Sedimento:* raras células, vários leucocitos degenerados, muco e várias hemácias. *Pesquisa direta de germens:* bacilo gran-negativos e cocos gran-positivos. *Cultura:* hemófilos influenza e estafilococos.

Exame Anátomo-Pathológico em 24-2-56: Parede cística espessada e infiltrada por células, principalmente, linfocitárias. Não apresenta revestimento epitelial. *Analista:* Prof. Carmo Lordy. *Diagnóstico:* Ciste branquial supurado.

Evolução: Ficou internada 3 dias no hospital, saindo na manhã do dia 20, apirética e sentindo-se bem. *Terapêutica:* Wycillin nos dias 18 e 19 por estar com febre e curativo dia 20, no qual se observou saída de pequena quantidade de secreção serosa.

Esta paciente voltou no dia 13-6-56, queixando-se de recidiva do tumor, ao nível da cicatriz, há dois dias.

Em 2-7-56, internou-se com aumento de volume da tumoração, que alcançou as dimensões de um ovo de galinha. Era indolor e não prejudicava os movimentos do pescoço.

Pré-Operatório em 2-7-56. *Sangue*: Tempo de coagulação: 8'. Globulos brancos: 6.800. T. hemoglobina: 90%. Tempo de sangria: 3'30'. Globulos vermelhos: 4.000.000. Valor globular: 0,9.

Intervenção em 3-7-56: *Cirurgião*: Dr. Eurico Branco Ribeiro. *Assistente*: Ddo. Thelbas José de Vasconcelos Rolim. *Anestesia*: Local, com Scurocaina, feita pelo cirurgião.

Descrição da operação: Incisão oblíqua até expor o tumor, fazendo-se várias ligaduras: o tumor se achava profundo e bastante aderente. Foi aberta a capsula do tumor que tinha consistência cística, com líquido turvo, cor de café com leite. Foi descolado o saco cístico e integralmente extirpado. Sangramento no fundo da ferida operatória: colocação de dreno n.º 10, na cavidade. Seda na pele.

Diagnóstico principal: Tumor de parotida.

Indicação operatória: Extirpação.

Operação realizada: Extirpação do tumor.

Peça cirúrgica: Cavidade cística com mais ou menos 4 cm de diâmetro.

Exame Anatomo-Patológico em 11-7-56: Ciste branquial proveniente da persistência da 2.^a bolsa branquial, que não sofreu parcial ou totalmente a respectiva diferenciação fisiológica. *Analista*: Prof. Carmo Lordy. *Diagnóstico*: Ciste branquial.

Evolução: Internou-se no dia 2-7-56 e operou-se no dia 3-7-56, saindo no dia 4, em boas condições. A paciente passa bem atualmente.

Terapêutica: Beglucil nos dias 2, 3 e 4 e curativos no dia 4 no qual observou-se saída de pequena quantidade de sangue.

CONCLUSÃO

Como vimos, o nosso caso se enquadra clínica e anátomo-patologicamente, no diagnóstico de *ciste branquial*, sendo que o exame anátomo-patológico, revelou tratar-se de uma ciste *proveniente da persistência da 2.^a bolsa branquial*, que não sofreu parcial ou totalmente diferenciação fisiológica.

LITERATURA MÉDICA

Separatas e folhêtos recebidos

- Appareil pour drainage manométrique des vois biliaires* — Dr. Caetano Zamitti Mammana — La Presse Médicale, 64, 65, 15 setembro 1956.
- Appareil pour radio-cholangio-manométrique et evaluation de la capacité volumétrique des voies biliaires* — Dr. Caetano Zamitti Mammana — La Presse Médicale, 64, 4, 14 janeiro 1956.
- Hépaticogastrostomie papillaire (Technique personnelle.)* — Dr. Caetano Zamitti Mammana, Journal de Chirurgie, 72, 2, 1956.
- Comment éviter le reflux dans les anastomoses biliodigestives* — Dr. Caetano Zamitti Mammana — Journal de Chirurgie, 71, 4, 1955.
- Animação do conceito* — Dr. Caetano Zamitti Mammana — Arquivos dos Hospitais da Santa Casa de São Paulo, Vol. II n.º 2, 1956.
- Tratamento das cefaléias consequentes a punções lombares* — Dr. Orlando Sattamini — Duarte — O Hospital, Dezembro 1955.
- Profilaxia e tratamento das cefaléias devidas a punções lombares* — O Hospital Maio de 1956.
- Neo bexiga ileo-cecal e esvaziamento pélvico ampliado, no câncer* — Dr. Azael Simões Leistner — Revidéica — vol. 1, abril 1956.
- Exenteração pélvica total e neo-bexiga ileo-cecal, no câncer* — Dr. Azael Simões Leistner — Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo — Vol. XVI — n.º 7, 1956.
- Mise en evidence de steroïdes dans le tissu adipeux humain* — Jean Vague et Jean-Claude Garrigues — Folia Endocrinologica — Anno IX, fasc. III — 1956.
- Le Désir de changer de sexe forme epidémique actuelle d'un mal ancien* — Dr. Jean Vague — La Presse Médicale — 64.º année, n.º 41, 23 de Mai 1956, pp 949-951.

Apreciações

A Cirurgia no Sanatório São Lucas — Volume I, contendo 434 páginas — 1939/1949 (1.^a parte) — São Paulo Editôra S. A. — 1955.

De há muito habituamo-nos a receber os fascículos sobre medicina, do Sanatório São Lucas, que sempre nos atraíam pela oportunidade dos assuntos ventilados. Assim, com prazer, registramos o aparecimento do volume contendo os trabalhos de autoria de Eurico Branco Ribeiro e de seus auxiliares.

É um documento muito interessante da evolução dos conhecimentos médicos, no período que vai de 1939 a 1949, e mostra como no referido nosocômio tem sido grande o interesse científico e a atividade intelectual de seus componentes.

A maioria dos assuntos abordados constituía novidade na época em que foram tratados, e testemunham o alto nível de trabalho do Sanatório São Lucas.

Como é fácil compreender, nem todos os pontos de vista e conclusões de alguns trabalhos poderiam ser subscritos nos dias atuais. Entretanto, vê-se que alguns capítulos, como o do côto duodenal em cirurgia gástrica, são expostos com muita sinceridade e fidelidade aos fatos.

A linha científica é aceitável e de valor em quasi todos os trabalhos. Alguns pela sua originalidade mereceriam um estudo maior e atualizado como o do emprêgo da essência de taiaceto no peristaltismo intestinal, o alumínio em cirurgia, etc...

A coletânea tem um aspecto eclético, desenvolvendo assuntos de laboratório, de terapêutica (principalmente sobre o uso das sulfas e penicilina), de anestesia, de patologia cirúrgica, de cirurgia gastro-intestinal, da mama, tireóide, esôfago, atingindo um total de 62 artigos médicos sem os de história e organização do sanatório.

Está de parabéns o Diretor do Sanatório e seu Corpo Clínico, pela obra vindo a público. A história do Sanatório São Lucas, como

se lê na explicação introdutória é um atestado do quanto pode o idealismo desinteressado e sem amortecimento. E' um exemplo para os médicos brasileiros de um modo geral, e uma prova de que se pode fazer um centro médico onde a parte assistencial aos doentes se combine de maneira harmoniosa ao desenvolvimento e às exigências médico-científicas modernas.

Atendendo um total de 816 doentes em 1939, foi este resultado dobrado para 1.640, dez anos mais tarde.

E' justo vaticinarmos o grande interesse que a obra vai despertar. Todos os que labutam no setor medicina encontrarão algo de interesse no livro do Sanatório São Lucas.

Alfredo Wazen

Extraído de "O Hospital" Setembro de 1956 — Vol. L, n.º 3.